

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT
DES
IMPERFORATIONS ANO-RECTALES

Voie périnéo-sacrée. — Ouverture du péritoine

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 5 Février 1896

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JEAN ROBERT

Né le 18 mai 1866, à Soleymieux (Loire)



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

Février 1896

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT
DES
IMPERFORATIONS ANO-RECTALES

Voie périnéo-sacrée. — Ouverture du péritoine

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 5 Février 1896

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JEAN ROBERT

Né le 18 mai 1866, à Soleymieux (Loire)



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Février 1896

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. LORTET. DOYEN.
LÉPINE. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUGHACOURT, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	{ MM. LÉPINE.
	BONDET.
Cliniques chirurgicales.	{ OLLIER.
	PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	FOCHIER.
Clinique ophtalmologique.	GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAILLETON.
Clinique des maladies mentales.	PIERRET.
Physique médicale.	MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique.	HUGOUNENQ
Chimie organique et Toxicologie.	CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique	FLORENCE
Zoologie et Anatomie comparée.	LORTET.
Anatomie.	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie.	RENAUT.
Physiologie.	MORAT.
Pathologie interne.	TEISSIER.
Pathologie externe.	AUGAGNEUR.
Pathologie et Thérapeutique générales.	MAYET.
Anatomie pathologique.	TRIER
Médecine opératoire.	POLLOSSON (MAURICE)
Médecine expérimentale et comparée	ARLOING.
Médecine légale.	LACASSAGNE.
Hygiène.	BARD.
Thérapeutique.	SOULIER.
Pharmacie.	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants MM. WEILL, agrégé.
Accouchements. POLLOSSON (Aug.) —
Botanique. BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. BEAUVISAGE.	MM. POLLOSSON (Aug.)	MM. BOYER.	MM. DOYON.
CONDAMIN	ROCHET.	CURTILLET.	BARRAL.
COURMONT.	ROLLET.	VALLAS.	MOREAU.
DEVIC.	ROQUE.	SIRAUD.	CAUSSE, chargé des
DIDELOT.	ROUX.	DURAND.	fonctions d'agrégé.
GANGOLPHE.	COLLET.		

M. ETIÉVANT, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. FOCHIER, *Président* ; M. LAROYENNE, *Assesseur* ; MM. POLLOSSON (A.) et DURAND *Agreg.*

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MEIS ET AMICIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545913_0032

PRÉFACE

Dans cette rapide étude, nous n'avons pas la prétention de traiter dans son ensemble la question des malformations ano-rectales ; le sujet serait trop étendu et a du reste déjà fourni, à des maîtres plus qualifiés que nous, matière à de nombreux travaux. Nous voulons simplement nous plaçant au point de vue thérapeutique, mettre en lumière le procédé opératoire préconisé par M. le professeur Fochier dans un cas opéré par lui, et où l'ampoule rectale était dissimulée par un plan fibreux très épais. Nous voulons aussi montrer qu'on doit toujours opérer ces malformations par la voie périnéale, bien convaincu que la place la plus propice pour établir un anus qui soit dans de bonnes conditions de fonctionnement est celle que la nature choisit elle-même, à la région anale. On ne doit y renoncer que dans certains cas d'urgence bien déter-

minés. Nous soutenons aussi qu'il faut ouvrir sans hésiter le péritoine, si c'est nécessaire, car cette opération est aussi exempte de dangers que la laparotomie abdominale dont on use si fréquemment.

Nous diviserons cette étude en trois chapitres.

Dans le premier, nous passerons rapidement en revue les procédés employés jusqu'à nos jours dans le traitement des malformations anales.

Dans le second, nous tâcherons de donner une description anatomique minutieuse de la région ano-périnéale en tenant compte des anomalies présentées dans les deux cas dont nous publions les observations.

Dans le troisième, nous aborderons l'exposé du procédé opératoire préconisé par M. le professeur Fochier ; puis nous conclurons que la voie périnéale est toujours celle qui doit d'abord être suivie et que l'ouverture du péritoine ne doit pas être redoutée.

Nous voulons profiter de l'occasion pour remercier tous nos maîtres de la Faculté de Lyon ; leurs savantes leçons resteront toujours gravées dans notre esprit, et nous nous efforcerons de les mettre en pratique.

Nous prions M. le professeur Fochier d'accepter l'assurance de notre profonde gratitude pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

Nous remercions bien sincèrement M. le professeur agrégé Auguste Pollosson pour la grande bienveillance qu'il nous a toujours montrée, ainsi que pour l'obligeance

qu'il a eue de nous communiquer une des observations qui figurent dans cette étude.

M. le professeur agrégé Durand qui a bien voulu nous guider de ses conseils, et qui s'est toujours mis à notre disposition avec une bonne grâce parfaite peut être assuré de notre inaltérable reconnaissance et de notre bien sincère amitié.

Nous remercions aussi M. le D^r Commandeur qui nous a fourni la seconde observation de notre thèse et qui a toujours montré pour nous une extrême obligeance, se mettant à notre disposition pour mener à bonne fin ce travail.

Avant de finir, nous tenons essentiellement à adresser à notre oncle, M. Alfred Robert, de Montbrison, et à sa chère femme, l'hommage de notre sincère attachement et de notre profonde reconnaissance ; nous n'oublierons jamais que c'est à leur généreuse affection que nous devons d'avoir pu mener à bien nos études.

Que tous ceux qui se sont intéressés à nous recueillent ici l'assurance de notre meilleur souvenir.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT
DES
IMPERFORATIONS ANO-RECTALES

Voie périnéo-sacrée. — Ouverture du péritoine

CHAPITRE PREMIER

Historique.

Bien que ce premier chapitre soit consacré à l'histoire de la question, nous ne nous arrêterons pas à décrire les théories émises pour tenter d'expliquer ces malformations.

Nous ne citerons aussi que pour mémoire les nombreuses classifications qu'on a données, presque aussi nombreuses que les auteurs qui se sont occupés de la question, et qui se sont placés à divers points de vue, anatomique (Trélat), embryologique (Jeannel), ou clinique (Curling, Holmes, Bockai). Nous plaçant uniquement au point de vue thérapeutique, nous allons exposer brièvement les divers procédés opératoires mis en pratique jusqu'à nos jours.

Quelle conduite tenir en présence d'un enfant présentant une malformation ano-rectale. La nécessité d'évacuer le méconium pour éviter les accidents d'occlusion intestinale faisait une loi pour le praticien de pénétrer

rapidement dans l'ampoule pour donner passage aux matières. Mais là ne se bornait pas son intervention, et, une fois l'orifice formé, il fallait le maintenir béant pour qu'il pût remplir les fonctions d'un anus naturel. Nous nous trouvons donc là en présence de deux indications bien déterminées ; la première, ouvrir une issue aux matières fécales ; la deuxième rétablir pour le reste de l'existence un anus qui puisse bien fonctionner. Quelle condition doit présenter un tel anus ? Il conviendra de lui donner des dimensions et une contractilité qui permette de laisser sortir sans effort les matières dans la défécation, de les retenir en dehors d'elle. Un anus, quel qu'il soit, doit en effet présenter deux qualités :

1° Être facilement perméable aux matières quelles que soient leurs qualités physiques ;

2° Être fermé hermétiquement en dehors de la défécation.

A cela nous pourrions ajouter qu'il soit non douloureux, placé dans l'endroit le plus propice, et, enfin, qu'il conserve ses qualités sans jamais en perdre aucune.

Deux ordres d'opérations répondent à ces indications : d'une part, les ponctions par le trocart ou le bistouri, c'est-à-dire, la perforation de l'ampoule contenant les matières ; d'autre part, la restauration de l'anوس ou protoplastie des Allemands qui se préoccupe, outre l'évacuation du méconium, de donner un bon anus fonctionnel. Malheureusement, avant que les divers opérateurs puissent disposer des merveilleuses ressources de l'antisepsie, les résultats n'étaient pas bien brillants ; si le petit malade ne mourait pas des suites de son occlusion intestinale, il succombait souvent à des accidents d'infil-

tration, à la péritonite, à l'infection purulente, et ces insuccès bornaient en quelque sorte l'audace des chirurgiens qui redoutaient par-dessus tout d'ouvrir la cavité péritonéale. Malgré cela, certains de leurs procédés sont encore utilisés quoique bien modifiés et nous allons les passer en revue.

Pour cela, nous adopterons la classification donnée par M. le Dr Durand ¹, dans sa publication sur ce sujet. Nous admettrons donc une division thérapeutique des malformations en deux groupes :

Le premier comprenant : 1° les rétrécissements ; 2° les imperforations.

Le deuxième comprenant les abouchements anormaux et pouvant aussi se diviser en deux classes : 1° les abouchements cutanés ; 2° les abouchements viscéraux.

Il est bien évident que, pour chacun de ces genres de malformations, la double indication que nous avons montrée, livrer passage au méconium et rétablir un orifice naturel comporte des procédés différents.

Nous ne ferons qu'effleurer en passant le traitement des rétrécissements, le procédé opératoire est, en effet, tout indiqué et ne rentre que très peu dans notre sujet, car il n'est pas ici question du péritoine. Les opérateurs se contentaient ou bien de dilater l'orifice avec des bougies, des tiges de laminaires, des divulseurs, ou bien faisaient une incision préalable et dilataient ensuite. C'est là un traitement long, douloureux et présentant même des dangers d'inflammation. D'autres, considérant l'anus comme imperforé, pratiquaient une véritable proctoplastie

¹ Durand, *Gaz. Hôpitaux*, 1894.

en suturant à la peau une portion saine du rectum préalablement abaissé.

En ce qui concerne les imperforations anales les procédés sont encore plus nombreux. Il faut en effet distinguer les cas où l'ampoule est saillante au périnée et facilement sentie, et les cas où l'anus étant imperforé ou simplement ébauché, l'ampoule se trouve à une certaine distance au-dessus. Dans les premiers la ponction et la restauration sont faciles ; dans les seconds, il faut se livrer à la recherche de l'ampoule. Comme elle est souvent très pénible, il faut trouver un champ opératoire commode et une incision assez longue pour pouvoir pénétrer suffisamment profond. Cette pénétration rencontre deux obstacles : l'exiguïté du détroit inférieur du bassin et la distance qui dans certains cas sépare le périnée de l'ampoule. Pour résoudre ces deux ordres de difficultés, un certain nombre de moyens ont été proposés.

I. AGRANDISSEMENT DU CHAMP OPÉRATOIRE

M. Verneuil ¹ a proposé, dès 1857, un moyen d'agrandir la voie périnéale et, par conséquent, d'en rendre plus nombreuses les indications. Il incise méthodiquement le périnée, puis, parvenu sur le coccyx, il en résèque environ 1 centimètre, après en avoir détaché avec soin les organes qui s'y insèrent.

Par ce moyen, l'opération est reportée plus près du sacrum, dont on suit mieux la concavité, plus loin du péritoine, dont on doit, autant que possible, éviter la blessure, croyait Verneuil. Cette résection permet encore

¹ Verneuil, *Bull. de la Soc. de Chirurgie*.

d'avoir plus de jour latéralement, les ischions gênent moins que précédemment.

M. Verneuil a longuement insisté sur les avantages de cette résection : « Alors même, dit-il, qu'elle n'est pas absolument indispensable, elle abrège et facilite singulièrement l'opération ; aussi y ai-je eu recours parce que je craignais d'atteindre le cul-de-sac péritonéal, parce que, les recherches se prolongeant et une hémorragie en nappe menaçant d'épuiser l'enfant, je voulais hâter la manœuvre, parce que j'étais allé du côté de la vessie et du péritoine, aussi loin que la prudence le permettait.

« Dans tous les cas, l'agrandissement du champ opératoire a tellement facilité la manœuvre, qu'il m'a toujours été possible, aussitôt le coccyx excisé, de trouver l'intestin en quelques minutes, alors que je le cherchais auparavant depuis un quart d'heure au moins ; laps de temps qui ne paraîtra pas énorme à quiconque s'est trouvé dans la nécessité de faire cette délicate opération. »

La mutilation ainsi faite ne semble pas avoir d'inconvénients. Elle ne porte que sur un petit prolongement cartilagineux qui n'a pas grande importance fonctionnelle. Elle n'est pas dangereuse, et c'est sans raison, croyons-nous, que Depaul ¹ la croit plus grave qu'une ponction avec un trocart explorateur.

Les résultats publiés par l'auteur sont fort encourageants.

Résection du sacrum. — Les Allemands ont exagéré cette tendance à la résection. Ils ont (Bardenheuer,

¹ Depaul, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1862, p. 172

Kraske) appliqué, à la cure des imperforations, la résection d'une portion plus ou moins considérable du sacrum et on a fait, dans cette voie, d'énormes délabrements. On est un peu revenu de l'enthousiasme que provoqua cette nouvelle voie, lors de son apparition. Les sacrifices qu'on fait sont, la plupart du temps, trop considérables et les avantages qu'on obtient peuvent se payer moins cher en suivant d'autres méthodes.

Méthode de M. Vincent. — Au lieu de réséquer le coccyx et le sacrum, M. Vincent, ne voulant pas supprimer l'obstacle, le contourne. Il prolonge son incision périnéale médiane sur l'un des côtés, remontant ainsi le long du bord du sacrum. En agissant prudemment, en réclinant les organes sans les couper, il respecte tous les cordons vasculaires et surtout nerveux, et, en même temps, ne compromet nullement l'ossature pelvienne. M. Vincent avance que son procédé permet d'atteindre le rectum quand il est situé à 3 ou même 5 centimètres au-dessus du périnée. Si l'on veut bien se reporter aux données de son élève, M. Maitre, plaçant le promontoire à 5 ou 6 centimètres au maximum au-dessus du coccyx, ou à celles de Bodenhamer, réduisant cette longueur à 3 centimètres chez les enfants atteints de malformations, on voit que le procédé convient à la plupart des cas opérables par le périnée.

II. POUR TROUVER L'AMPOULE QUAND ELLE EST TRÈS ÉLEVÉE, ON A :

Laparotomie préliminaire. — Quand on ne peut trouver le rectum par le périnée, il est possible de l'attein-

dre par laparotomie et, après l'avoir mobilisé, de l'amener à la région anale et de l'y fixer suivant les données ordinaires. Cette méthode, préconisée en 1880, par Macleod¹, vient d'être reprise par M. P. Delagenière², qui l'a rendue systématique et a proposé de la faire d'emblée dès qu'on pensait être en face d'un cas où la recherche périnéale serait pénible. Macleod, au contraire, la considérait comme une *ultima ratio*, de sorte que, si l'opération est la même, la donnée thérapeutique est loin d'être identique.

Ouverture du cul-de-sac péritonéal. — Stromeyer, Leisrinck avaient déjà proposé d'ouvrir le cul-de-sac péritonéal qui s'étend en avant et parfois au-dessous du bout rectal aveugle, comme nous le verrons dans le chapitre suivant. M. Fochier s'est fait de nouveau le promoteur de cette méthode qui nous paraît destinée à donner, entre les mains de chirurgiens hardis et sûrs de leur asepsie, les meilleurs résultats.

Historique général.

En face de la nécessité d'évacuer le méconium la première idée était de percer la paroi qui s'opposait à l'écoulement des matières. Certains opérateurs considérant l'ampoule rectale comme une simple collection à évacuer plongeaient un trocart à l'endroit où elle était le mieux

¹ Macleod, *Brit. med. Journ.*, t. II, 1860.

² P. Delagenière. Congr. franç. de chir., 1893, et *Arch. prov. de chir.*, juillet 1894.

sentie. D'autres, comme Paul d'Egine se servaient d'un bistouri : on introduisait ensuite une sonde dans l'orifice pour le dilater. Ce procédé a été employé par d'illustres opérateurs. Guillon¹. Malgaigne, Velpeau, et il donnait même quelques réussites, puisque Breschet² accusait une douzaine de succès. Il était facilement applicable aux cas où l'ampoule était très superficielle.

Néanmoins, c'est là une intervention aveugle et en dehors des cas où l'ampoule est bien sentie, on pouvait pénétrer dans le péritoine et infecter le malade, sans parler des infiltrations qui pouvaient se faire au niveau de la plaie dépourvue de muqueuse. De plus, les deux faces du trajet par suite précisément de l'absence de muqueuse pouvaient se cicatriser et on cite des cas (South) où il fallut intervenir plusieurs fois.

Petit³ incisait à une certaine profondeur, puis, avec un trocart allait à la recherche de l'ampoule et la vidait : il n'est pas besoin d'insister sur les inconvénients de sa méthode. On songea alors à ouvrir largement le périnée et par la plaie ainsi faite à tirer sur la muqueuse et à la suturer aux bords de la plaie. C'était là un progrès considérable, une véritable proctoplastie. Avant d'aborder ce procédé opératoire, nous allons jeter un coup d'œil sur la façon d'intervenir de Goyraud dans les cas qu'il a eu à opérer.

Pour Goyraud⁴ il y a trois variétés de malformations

¹ Guillon, Soc. méd. de la Sarthe, 1847.

² Breschet, Acad. de méd., 1884.

³ Petit, *Mém. de l'Acad. de chir.*, t. I.

⁴ Goyrand, *Ann. de chir.*, 1856.

avec autant de modes d'intervention. Dans le premier cas, en introduisant le doigt dans l'orifice, on sent l'ampoule qui se tend quand l'enfant fait des efforts, on a la sensation d'une saillie nulle fluctuante; il est alors évident; que le rectum est formé par une cloison membraneuse. Il conseille alors d'inciser cette cloison en plusieurs sens et le plus largement possible, en exciser les lambeaux et dilater par des mèches ou l'introduction journalière du doigt.

Dans la seconde variété, il ne s'agit pas d'une simple cloison, il y a absence d'anus et ouverture dans une cavité naturelle. Dans la troisième variété, il faut d'abord savoir si le rectum est bien développé et situé dans un bassin normal; ou s'il est imparfait et logé dans une cavité pelvienne rétrécie; ou bien s'il y a abouchement de l'intestin avec les voies urinaires. Au point de vue opératoire, il ne sépare pas ces deux variétés et se contente de distinguer trois cas : 1° Il n'y a pas d'anus, mais le rectum distendu soulève le périnée; on doit alors ouvrir le rectum à la région ano-périnéale; 2° la maigreur du sujet, le défaut de développement du bassin, la dépression ano-périnéale font présumer que le rectum est incomplètement développé. Goyraud fait alors un anus de Littre, mais il avoue que, dans ce cas, il vaut mieux faire une opération ano-périnéale; 3° si l'on peut diagnostiquer l'absence d'intestin ou son remplacement par un cordon fibreux, il faut se décider de suite à un anus artificiel par la méthode de Littre ou Callisen.

Voilà comment, il considère le résultat de l'intervention dans ces différents cas.

La première opération qui consiste dans l'agrandissement de l'ouverture normale quand l'intestin s'ouvre au

périnée, au scrotum ou à la commissure postérieure de la vulve sera couronnée de succès. Il en sera de même de l'opération destinée à remédier à l'occlusion de l'intestin par une simple cloison membraneuse.

Les chances de succès deviennent moins grandes quand, l'anus manquant, le rectum distendu arrive sur le plancher du bassin qu'il soulève. Il conseille alors de réunir les bords de l'intestin à la peau. Il faut encore moins compter sur le succès quand le bassin est étroit et le rectum peu développé. Enfin, l'absence de rectum ou la transformation fibreuse d'une partie de cet organe rendent presque impossible la réussite de l'opération pratiquée à la région ano-périnéale.

Nous nous permettrons d'insister sur cette dernière catégorie, car elle présente une grande analogie avec le cas qu'a eu à opérer M. Fochier.

Proctoplastie.

Nous allons maintenant faire rapidement l'historique de la proctoplastie et des diverses modifications qui lui ont été apportées. Cette méthode mérite de nous arrêter, car elle répond à la double indication que nous avons donnée, évacuation du rectum et rétablissement fonctionnel de l'anus. Cette opération fut proposée par Diffenbach en 1822, et exécutée par Amussat en 1835. L'incision eut plusieurs formes : d'abord en T avec Amussat ¹, puis cruciale avec Giraldès et Trelat, enfin circulaire avec Nélaton. On recher-

¹ Amussat, *Lyon méd.*, 1835.

chait ensuite l'ampoule et après l'avoir détachée doucement de ses adhérences, on la vidait et on la fixait à la peau. Vincent ¹ rejette cette méthode à cause des infiltrations phlegmoneuses et du rétrécissement consécutif de la plaie. Nous trouvons, dans la thèse de son élève Maitre, une longue et minutieuse description de son procédé. Il recherche l'ampoule rectale le plus près possible du sacrum et conduit son incision sur le bord du coccyx puis après avoir trouvé le rectum il le détache sur une assez grande longueur de façon à l'attirer facilement, mais sans l'ouvrir. Puis il enlève une petite quantité de peau au niveau de l'anus, de façon à obtenir un orifice oval, et il suture le rectum circulairement à la surface cruentée. C'est à ce moment qu'il ouvre l'ampoule et laisse écouler le méconium. Après avoir fait un nettoyage minutieux de la région, il suture à la peau les bords de la muqueuse. Il a ainsi deux plans de sutures.

Anders ² fait une incision plus ou moins longue allant soit du milieu du périnée jusqu'à la pointe du coccyx, soit de la racine du scrotum ou de la commissure postérieure de la vulve jusqu'au delà de la pointe du coccyx. Il récline le coccyx, puis en se tenant dans l'excavation du sacrum, il pénètre prudemment en s'aidant de petits coups de bistouri jusqu'à ce qu'il rencontre l'ampoule rectale. Il ajoute même qu'il faut aller jusqu'à perforer le péritoine si c'est nécessaire. Stromeyer ³ et Leisrinck ⁴ avaient déjà conseillé d'ouvrir la cavité de Douglas. Quand l'extrémité borgne de

¹ Vincent, *Eyon méd.*, 1887.

² Anders, *Arch. de Langenbeck*, 1893.

³ Stromeyer, *Handb. f. Chir.*, t. II.

⁴ Leisrinck, *Deutsch. Zeits. f. Chir.*, 1872.

l'intestin a été découverte, il faut la détacher de son entourage. Quand elle se trouvait trop haut placée, Esmarch ¹ la vidait d'un coup de trocart, mais le méconium souillait la plaie. D'après M. Vincent on peut cependant l'atteindre jusqu'à 5 centimètres au-dessus du périnée. Puis on attire le rectum et on fixe les bords de l'ouverture qui lui est faite à la peau par de nombreux points de suture. Dans certains cas d'atrésie du rectum et de l'anus avec rétrécissement antéro-postérieur du bassin, il est très difficile d'arriver jusqu'à l'extrémité fermée de l'intestin. Anders revient alors sur la nécessité d'ouvrir le cul-de-sac de la cavité péritonéale, afin de libérer l'ampoule intestinale et de l'attirer en bas. Quand on ne peut réussir à l'y amener, Maitre conseille de prolonger l'incision périnéale et de faire un anus sur les côtés du sacrum.

Pour apprécier les résultats de cette opération Anders donne une statistique où sur 44 opérés, il y a 31 succès et 13 morts.

Colotomie.

Il est des cas cependant où ces divers procédés ne peuvent être employés : dans les cas surtout où l'ampoule rectale ne pouvait être trouvée, on avait recours à la colotomie. C'est là une bien ancienne opération, puisque Anders sur la foi de Coelius Aurelianus cite Protagoras de Chos comme l'ayant faite vers l'an 360 av. J.-C. C'est surtout de Littre qu'elle tire la notariété. Cet opérateur pratiquait l'anus contre nature dans la région de l'aîne. M. de Saint-

¹ Esmarch, Pitha-Billroth, 1872.

Germain ¹ trouve que c'est une opération pire que la mort. Cependant nous trouvons cité dans la thèse de Lagaite ² le cas d'une malade, qui pouvait remplir ses devoirs mondains et avait été demandée en mariage. Callisen prétendait en 1813 que la colotomie était plus facile à pratiquer à la région lombaire. Mais c'est seulement en 1842 qu'Amussat établit l'entérotomie lombaire. Depuis on y a renoncé à cause de ses inconvénients, et on préfère recourir à l'anüs de Littre. L'incision se fait au-dessus de l'arcade de Fallope du côté gauche, car il résulte de la statistique de Bourcart ³ et cela a été bien démontré dans la thèse de Jonnesco ⁴ que c'est de ce côté que se trouve la partie la plus fixe de l'S illiaque, celle qu'il faut ouvrir.

Durand, en réunissant les statistiques de Curling ⁵, Bodenhamer ⁶ et Anders arrive à un total de 84 colotomies donnant :

Succès	33
Morts	47
Résultats inconnus	4

Les résultats ne sont guère supérieurs encore maintenant à ce qu'ils étaient au commencement du siècle, en effet, les 10 cas les plus anciens de Bodenhamer à la fin du siècle passé et au commencement de celui-ci donnent :

Morts	6
Guérisons	4

¹ De Saint-Germain, *Rev. des mal. de l'enf.*, 1888.

² Lagaite, th. de Lyon.

³ Bourcart, th. Paris, 1863.

⁴ Jonnesco, th. Paris, 1892.

⁵ Curling, *Med. chir. transact.*, 1860.

⁶ Bodenhamer, *New-York med. journ.*, 1889.

et les 10 derniers cas de celle d'Anders qui vont de 1886 à 1890, donnent :

Décès	5
Guérisons	5

Comparativement aux autres modes d'intervention, nous trouvons dans le tableau d'Anders.

Proctoplastie. . . .	44	succès	31	morts	13
Incisions	27	—	18	—	9
Colotomie. . . .	21	—	10	—	11
Ponctions. . . .	4	—	2	—	2

Si l'on considère en outre les inconvénients que je pourrais appeler sociaux et contre lesquels s'est élevé M. de Saint-Germain, on devra réserver cette opération pour les cas tout à fait exceptionnels qui peuvent se réduire à deux ainsi que l'explique M. Durand.

Le premier quand le chirurgien se trouve en présence d'un enfant déjà en proie aux accidents d'occlusion intestinale, où il faut sans retard donner issue aux matières. Le deuxième quand la malformation rend autre chose impossible, et que l'opérateur ne peut trouver l'extrémité de l'intestin, ou se trouve dans l'impossibilité de l'amener au périnée.

Abouchements anormaux.

Nous passerons maintenant rapidement en revue le traitement des autres formes de malformations, c'est-à-dire les abouchements anormaux, car dans ce cas la voie

périnéale s'impose et la recherche de l'ampoule est toute faite, il n'y a qu'à se servir du conduit existant, en y introduisant au préalable une sonde.

C'est Valle à la fin du siècle dernier qui songea le premier à intervenir. Depuis il a eu de nombreux imitateurs, et les interventions ont bien réussi. Valle¹ agissait comme s'il avait eu affaire à une ampoule fermée et incisait le périnée après avoir introduit un cathéter dans le conduit anormal. Mais la grande difficulté de l'opération était de supprimer ce conduit, et malgré les différents procédés employés (Berard, Goyraud), il ne semble pas qu'à ce point de vue les résultats aient été satisfaisants.

Diffenbach² songea alors à transporter à sa place physiologique l'anus s'ouvrant dans une cavité naturelle, mais c'est surtout Rizzoli³ qui se fit le promoteur de cette méthode de transposition ; elle a le double avantage de créer un anus normal et de faire disparaître le conduit anormal. On a préconisé deux procédés opératoires, l'un de Rose, l'autre de Rizzoli. Le premier respecte le périnée et ne fait une incision que de l'anus au coccyx. Le second au contraire ouvre largement le périnée ; il est préférable au premier, car il a l'avantage de mettre parfaitement à jour le trajet intermédiaire et le rectum, ce qui permet de les isoler facilement et de les transporter à l'endroit qu'il doivent occuper.

En somme, c'est une véritable proctoplastie.

¹ Valle, *Opere di ostetrico*, Florence, 1792.

² Diffenbach, *Oper. chir.*, Leipzig, 1845.

³ Rizzoli, *Chir. clin.*, trad, Andrieux.

CHAPITRE II

Dans l'examen des détails anatomiques que peuvent offrir les malformations si variées de l'appareil ano-rectal, nous ne ferons que rappeler accidentellement les dispositions que présente le bout aveugle de l'intestin. Ce point est en effet admirablement traité dans tous les classiques, inutile d'y revenir. On sait aussi quel est en général l'aspect extérieur de la région périnéale dans le cas dont il s'agit ici : parfois il y a une dépression anale qui peut faire croire à l'inspection à l'absence de malformation.

C'est ici un fait bien connu. La région peut présenter ; une modification intéressante ; c'est une sorte d'atrophie générale. On voit alors un périnée étroit, transversalement, la partie postérieure des organes génitaux (origine des bourses, fourchette vulvaire) est voisine de la pointe coccygienne, le sacrum est aplati, peu convexe, l'excavation pelvienne, à en juger par l'inspection extérieure paraît restreinte et semble exagérer encore la petitesse de dimensions relatives qu'elle offre déjà chez le nouveau-né physiologique :

A ces lésions peuvent s'en ajouter d'autres, qui accidentelles, n'ont pas ici d'importance; mais, au contraire, il faut toujours tenir compte de cette atrophie pelvienne. Elle serait en effet du plus fâcheux pronostic et annoncerait l'absence d'une longue portion du rectum. Certains auteurs ont même pensé que cette constatation imposait l'anus iliaque. Sans dédaigner les renseignements fournis par l'examen de l'ossature pelvienne, il ne faut pas lui attacher une signification aussi défavorable, mais il faut que le chirurgien s'attende à de grandes difficultés et c'est justement dans ces cas qu'il devra parfois recourir à l'ouverture péritonéale que nous préconisons.

Même quand le pelvis n'est pas atrophié, les dimensions qu'il offre sont assez restreintes, elles sont de la plus grande utilité, elles ont été étudiées par plusieurs auteurs.

Elles sont pour Maître : chez les garçons, de la racine des bourses à la pointe du coccyx 4 à 4 cm.50 dont 3 dans le périnée antérieur et le reste dans le postérieur ; chez les filles de la fourchette au coccyx de 4 centimètres dont 1 cm.50 pour le périnée et 2 cm.50 pour la partie post-anale.

Du coccyx au promontoire il y a de 5 à 6 centimètres ;

De l'anus au promontoire 6 centimètres.

Le fond du cul-de-sac de la cavité de Douglas est chez les garçons de 2 à 3, chez les filles de 2 cm.50.

Bodenhamer a trouvé chez les garçons les diamètres suivants : pour le bassin, le biischiatique 2,6 à 2,8, du coccyx à la symphyse 2,8 à 3,2, du coccyx au promontoir de 2,8 à 3. Ces dimensions diffèrent en apparence parce que les unes sont physiologiques, les autres prises sur des sujets malformés.

Le détroit inférieur est fermé par le périnée dont les éléments sont assez fréquemment atrophiés, en même temps que l'appareil ano-rectal dont ils sont comme des annexes. Ces organes, et ce sont surtout les muscles que nous désignons, ont, dans la restauration de l'anüs et dans la recherche de l'ampoule une importance considérable. Ils donnent lieu à quelques considérations intéressantes, et il semble que le rôle du releveur de l'anüs, par exemple, n'a peut-être pas été jusqu'ici développé autant qu'il le mérite.

Doit-on s'attendre à trouver sous la peau le sphincter externe ? Blandin a signalé quelques cas où ce muscle n'a pas été découvert à l'intervention, mais la plupart du temps il existe, et ce qu'il y a de très curieux, c'est qu'on le voit aussi bien en présence qu'en l'absence de la dépression anale. Blot a rapporté entre autres l'observation d'un sphincter très parfait, alors qu'il n'y avait pas trace d'anüs. Goyrand a bien montré que souvent les fibres musculaires présentent simplement une direction antéro-postérieure en s'intriquant plus ou moins ; elles sont donc mal disposées, mais elles semblent tout de même concourir dans ces cas à l'occlusion de l'orifice quand il a été consciencieusement établi. Le faisceau longitudinal est parfaitement utilisable.

Il est possible de diagnostiquer la présence de ce muscle important. Souvent, en effet, ses contractions ou même sa tonicité crée au périnée un petit froncement cutané qu'on peut essayer de provoquer, quand on ne le constate pas, par l'excitation mécanique ou électrique de la région.

Le sphincter interne paraît avoir une existence moins fréquente, et cela s'explique facilement si on veut bien se

rappeler que l'externe est en somme un muscle du périnée alors que l'autre est lisse, qu'il est une dépendance de l'intestin lui-même, c'est-à-dire du siège même de la malformation. Dès qu'on s'adresse aux cas qu'on caractérise volontiers sous le nom d'absence du rectum, on peut être à peu près sûr, non seulement de ne pas trouver de sphincter individualisé, mais encore même, de ne rencontrer qu'une couche musculaire circulaire très rudimentaire. Malgré cela, il est bon de rappeler ici que la continence ne fait pas défaut à ces malades et que les muscles ne sont pas des annexes indispensables à l'occlusion physiologique de l'anus.

Les muscles génitaux du périnée, transverses, ischio-et bulbo-caverneux ne semblent pas touchés, quand la malformation n'a atteint que l'appareil ano-rectal.

Le releveur de l'anus est plein d'intérêt. Les auteurs s'accordent à dire que son existence a encore plus constante que celle du sphincter externe, mais il est présenté dans deux cas que nous rapportons, une disposition bien spéciale. Il forme uni à l'aponévrose pelvienne supérieure un plan continu qui donne une cloison absolument anlogue à celle que constitue le diaphragme. Dans le cas de M. Fochier, M. Commandeur le décrit ainsi :

Lorsqu'on examine la pièce par la face supérieure et qu'on en récline en haut le cul-de-sac rectal, un fait frappe tout d'abord, c'est que le plancher pelvien est continu sur tout le fond du petit bassin, et l'excavation ressemble à une sorte de cuvette qui ne présente vers son fond qu'un orifice, celui où passe l'urètre.

Le fond de cette cuvette est constitué par l'aponévrose pelvienne supérieure doublée sur sa face supérieure par le

péritoine. Il est facile de s'en convaincre en regardant la pièce par sa face inférieure. Cette aponévrose offre une disposition spéciale. Normalement, ce plan fibreux est constitué par l'aponévrose de l'obturateur interne et plus bas par celle qui recouvre la face supérieure du releveur de l'anus. En arrière, elle va de ce dernier muscle passer sur les côtés du rectum, puis gagner la paroi postérieure du bassin et se continuer avec l'aponévrose du pyramidal. Donc, à la partie postérieure, normalement, l'aponévrose pelvienne supérieure n'existe pas sur la ligne médiane, et c'est en ce point que passe le rectum. Sur notre pièce, il n'en est pas ainsi, car le rectum n'existant pas à ce niveau, les aponévroses des releveurs de l'anus viennent se souder à la ligne médiane, formant un plan continu qui se porte en arrière et va se perdre sur la face postérieure du pelvis. Ainsi se constitue un septum complet sur lequel repose le cul-de-sac rectal.

Dans ce cas donc, le cul-de-sac rectal reposait sur le septum fibro-musculaire qu'il fallait traverser pour atteindre l'ampoule.

On conçoit facilement l'importance thérapeutique d'une semblable disposition. Au cours de l'intervention, le chirurgien arrive sur un plan solide musculaire ou fibreux, s'il n'est pas prévenu, il ne saura quel parti prendre. Il faudra en pareille occurrence, percer cet obstacle, soit en l'incisant au bistouri, soit en le déchirant du bec de la sonde cannelée. L'ouverture devrait être faite suivant le diamètre sagittal pour ne pas compromettre les fonctions du releveur, mais il est une médication plus précise que celle de conserver quelques fibres musculaires. En effet, cette incision risquerait d'atteindre les viscères placés en avant,

utérus, vessie, et cette considération qui guide le chirurgien dans l'ouverture du cul-de-sac postérieur chez l'adulte est plus importante peut-être encore chez l'enfant à cause des intervalles si minimes qui séparent les organes. L'incision devra donc être transversale, aussi bien sur la cloison fibro-musculaire que sur le péritoine. Dans le cas que M. A. Pollosson a bien voulu nous communiquer, le chirurgien de la Charité arriva de même sur le plan du releveur, mais, détail qu'à notre connaissance n'a pas encore été relevé, il vit le cordon fibreux joignant le rectum au périnée traverser le muscle. Il nous semble donc que le releveur a une grande importance et qu'on doit toujours en tenir le plus grand compte, car souvent il masque une étape de l'intervention, sa présence crée en quelque sorte un temps spécial : ouverture antéro-postérieure du diaphragme pelvien.

De plus, sa présence paraît avoir la plus grande influence sur la disposition du cul-de-sac péritonéal. Quand l'ampoule se trouve au-dessous de lui, quand elle l'a traversé pour se rapprocher de la peau, le cul-de-sac de Douglas tapisse la face supérieure du releveur et, immédiatement monte sur le rectum. Il en résulte que le bistouri ne le touchera pas tant qu'il n'aura pas traversé cette importante cloison musculaire. Le chirurgien aura donc là un guide sûr et pourra aller de l'avant sans crainte du péritoine, tant que le releveur n'aura pas paru.

Au contraire, si le rectum n'atteint pas le muscle, il y aura entre les deux un cul-de-sac séreux et le rectum imperforé aura schématiquement tout au moins la disposition du cæcum. Dans ces cas, la traversée du releveur amènera fatalement le chirurgien dans le péritoine, ce qui

rentre dans le cadre que nous nous sommes tracé. Entre ces deux cas extrêmes, il existe des intermédiaires et fréquemment, nous a-t-il semblé, à la lecture des observations publiées, l'ampoule reposait sur le muscle par une base plus ou moins large, au niveau de laquelle les deux organes adhéraient sans interposition de péritoine.

Ces faits nous paraissent avoir une telle importance anatomique et thérapeutique que nous proposerions volontiers de classer les anciennes « absences » de rectum en trois groupes, suivant que l'ampoule est au-dessus, au contact, ou au-dessous du diaphragme pelvien. Dans le premier cas, on ouvre forcément le péritoine ; dans le dernier, il échappe sûrement au bistouri, dans le second, les deux cas peuvent se voir. Or, généralement, c'est vers le sacrum que l'adhérence est directe, d'où encore une nouvelle justification de ce principe qui veut que dans ces cas on se reporte toujours du côté de la concavité sacrée.

OBSERVATION I

Imperforation du rectum avec anus bien formé. — Recherche infructueuse du cul-de-sac rectal par la voie sacrée. — Colotomie iliaque gauche. — Mort le quatorzième jour.

Enfant né le 14 janvier 1894 à 1 h. 20 du matin. Accouchement normal. Pas de malformation apparente. Anus bien conformé. Paraît assez bien portant, quoique ne pesant que 2 kg. 500.

Le 16 janvier, n'a pas eu de selle ; le ventre est très ballonné. Cependant l'introduction du thermomètre n'a nullement attiré l'attention, car la cuvette entière peut pénétrer dans le cul-de-sac anal en le déprimant sans effort. Le diagnostic imperforation rectale s'impose et la recherche du cul-de-sac rectal est décidée.

M. Fochier adopte la voie sacrée. Incision médiane et résection du coccyx. On n'aperçoit ni ne sent l'ampoule rectale. Le tiers inférieur du sacrum est alors réséqué, mais rien encore ne se présente et la recherche est infructueuse; on tombe sur un plan fibreux et, ne voulant pas ouvrir le péritoine, M. Fochier se décide à faire la colotomie iliaque.

Incision au-dessus de l'arcade de Fallope se prolongeant en dehors plus loin que l'épine iliaque antéro-supérieure. Le péritoine ouvert, une anse se présente distendue. Elle a tous les caractères de l'S iliaque, on la suture au péritoine et à la peau par 5 points de fil d'argent. L'intestin est ouvert immédiatement et il sort une assez grande quantité de méconium. Pansement au coton facilement renouvelable.

Le soir l'enfant prend le sein, quelques vomissements.

Le 17 janvier, selles vertes et jaunes, mais n'a plus de vomissements.

Le 18 janvier, selles normales; le ventre a beaucoup diminué, mais l'enfant ne tette plus; on le nourrit à la cuiller avec le lait de la mère. Il paraît souffrir et crie constamment.

Le 20 janvier, passe à la crèche. Malgré tous les soins de propreté, la périphérie des plaies est rouge, les matières s'écoulent abondamment. Alimentation au biberon.

Le 25 janvier, à 1 heure du matin, mort après affaiblissement progressif. La température, qui le premier jour était de 35 degrés, n'a pas excédé 38 degrés.

Autopsie trente-quatre heures après la mort. — Incision de l'abdomen. Anses intestinales distendues. Pas trace de péritonite même au voisinage de l'anse suturée qui est bien l'S iliaque et qui est déjà soudée par des adhérences, peu résistantes il est vrai.

Une sonde cannelée poussée dans le rectum aboutit au cul-de-sac dont le fond répond à peu près au tiers inférieur du sacrum, c'est-à-dire au niveau du bord inférieur du sacrum réséqué. On déprime toutes les parties molles du côté de l'incision sacrée, et l'incision sur la sonde est faite couche par couche. On reconnaît qu'il faut traverser, pour arriver dans la cavité de l'intestin, un plan fibreux, un plan cellulo-fibreux et enfin la musculuse et la

muqueuse; mais la sonde cannelée retirée montre que le péritoine a été ouvert.

Par la dissection plus minutieuse de la pièce (vessie et pubis rabattus en avant), on voit que le cul-de-sac rectal est renfermé presque tout entier dans le péritoine, sauf en arrière et sur la ligne médiane où la continuation du méso-rectum jusqu'à la partie inférieure du cul-de-sac rectal forme en s'amincissant une sorte de repli falciforme qui diminue de largeur d'arrière en avant.

Le cul-de-sac anal est totalement séparé du cul-de-sac rectal et on ne trouve entre les deux aucune trace de cordon fibreux. Ils sont séparés l'un de l'autre par l'épaisseur du plancher pelvien formé à ce niveau par un plan fibreux qui est l'aponévrose pelvienne supérieure, doublée sur sa face supérieure par le péritoine.

L'anus est normal; les releveurs de l'anus sont bien formés.

Le cul-de-sac anal présente une profondeur d'environ 5 millimètres qui double lorsqu'on le refoule avec plus de force. La distance qui sépare le bord postérieur de la prostate du cul-de-sac rectal est de 18 millimètres.

OBSERVATION II

X..., petit garçon, âgé de deux jours, présente une imperforation de l'anus. Depuis sa naissance vomit un liquide biliaire jaune verdâtre et refuse absolument de prendre le sein ou le biberon. Ballonnement considérable du ventre, état général très mauvais, pâleur du visage qui est légèrement cyanosé. L'enfant urine bien. Du côté de la région anale, on voit une petite dépression indiquant la place de l'anus. L'enfant est amené à la Charité, le 7 janvier, vers midi. M. A. Pollosson le voit vers 5 heures et l'opère immédiatement.

Incision médiane de la racine des bourses au coccyx. A une profondeur d'1 centimètre, on trouve un plan musculaire dans lequel se trouve une petite masse en forme de cordon que l'on prend comme guide et que l'on suit en remontant. On aperçoit alors la teinte bleuâtre d'une ampoule rectale dilatée siégeant à peu près à 2 cm. 5 de la surface cutanée. Cette ampoule est incisée et le

rectum abaissé et fixé à la peau par deux points de suture. Dans cette opération, on n'a pas été obligé d'inciser le coccyx et le péritoine n'est pas ouvert. L'opération est donc simple et rapide, dix minutes environ, l'enfant ne perd pas de sang. Il se fait immédiatement une évacuation abondante de méconium, un demi-verre, et des gaz sont expulsés.

Le ventre reprend donc un volume normal. Après son opération le malade ne vomit plus, mais succombe vers 11 heures du soir sans d'autres symptômes que son abattement.

9 janvier. — Autopsie : L'enfant ne présente pas de difformité autre que la malformation anale. Les anses intestinales sont rouges et congestionnées et contiennent encore une grande quantité de méconium ; l'estomac lui-même contient les matières glaireuses teintées par la bile. Les poumons semblent s'être mal développés sous l'influence des efforts respiratoires et sont en partie atélectasiés dans leurs lobes inférieurs. Rien de particulier au rectum qui se termine par une ampoule assez dilatée ; pas de malformations urinaires ; pas de communication entre le rectum et la vessie.

CHAPITRE III

Manuel opératoire. — Indications

Deux points spéciaux font l'intérêt du procédé opératoire suivi et préconisé par M. le professeur Fochier. Ce sont l'ouverture péritonéale et les difficultés que peut amener la présence du releveur anal dont on a vu plus haut la disposition et les rapports. Ces deux points sont essentiels et modifient pour ainsi dire toute l'intervention. Le dernier trouble entièrement la recherche du rectum car l'incision du diaphragme musculo-fibreux en devient non pas seulement un épisode, mais en quelque sorte le point principal. Le premier, de même, change la proctoplastie et par les soins méticuleux qu'il impose, il fait de cette opération intra-péritonéale une forme toute nouvelle et très intéressante de restauration ano-rectale.

Sans nous attarder aux points du manuel opératoire général bien fixé aujourd'hui, nous croyons utile cependant de les rappeler à cause des modifications qu'ils subissent au cours de l'intervention que nous proposons.

Le chirurgien qui se propose d'intervenir par la voie périnéale se sera d'abord entouré de tous les renseignements que peut donner l'examen de l'état général et local de son sujet. Il ne devrait pas en effet s'engager dans une opération longue et pénible sur un petit moribond, ce point a déjà été fixé plus haut dans l'étude de la colotomie. Localement, l'examen du bassin dont on sait l'importance, la palpation méthodique de la région ano-périnéale qui permettrait dans les cas simples de sentir ou de soupçonner l'ampoule dilatée par les efforts ou les cris du malade, la détermination des saillies osseuses qui peuvent servir de point de repère, sont autant de points qu'on se gardera bien de négliger.

Ainsi éclairé l'opérateur entreprendra le premier temps : incision cutanée. Celle-ci devra être menée sur la ligne médiane, dans le fonds de la rainure interfessière, et s'étendre depuis la partie postérieure des organes génitaux jusqu'au coccyx dont elle doit dépasser la pointe. On peut d'abord lui laisser ces dimensions quitte à la prolonger plus tard dès que le besoin s'en fera sentir. L'incision comprend la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. On se préoccupe de conserver autant que faire se peut les fibres plus ou moins éparses du sphincter externe qu'il ne faut pas sacrifier inutilement. On fait alors récliner de chaque côté les lèvres de la plaie et, du doigt et de l'œil, on commence la recherche de l'ampoule. Elle apparaît parfois sous forme d'une masse noirâtre, mais c'est plus souvent le doigt qui la perçoit grâce à sa sensation bien connue de mollesse et de fluctuation. Dans les cas qui nous occupent, elle ne se trouve pas à cette première recherche

et l'indication se pose d'agrandir le champ opératoire devenu trop étroit.

L'incision est agrandie, toujours restant sur la ligne médiane et on aperçoit la pointe sacro-coccygienne qui empêche de pénétrer dans l'excavation. Doit-on la récliner comme le fait Anders, ou la longer simplement par la méthode parasacrée de M. Vincent. Il nous semble que, dans les cas où l'ampoule est située en haut, c'est-à-dire quand on devra ouvrir le péritoine, ces deux méthodes ne donnent peut-être pas un jour suffisant, la restauration, les sutures pourraient être difficiles ou imparfaitement adoptées et, avec Verneuil, nous préconisons la résection de l'appendice coccygien. Nous pensons même que, sans se livrer aux délabrements commis par certains chirurgiens d'outre-Rhin, on peut réséquer un peu du sacrum, car l'important est de bien voir ce qu'on va faire.

Ceci fait, dans le cas de M. Fochier, on put se rendre compte de la présence du plan fibreux et alors commença le second temps opératoire.

A ce moment, la recherche amène sur le releveur qui a été décrit avec soin précédemment.

Le diagnostic devient hésitant, car la lame dure qu'on rencontre n'est sûrement pas le rectum, mais ce pourrait bien être la vessie. Il faut alors introduire dans l'urètre un petit cathéter métallique et en rechercher la pointe par le doigt introduit dans la plaie. On ne sent rien et la nature musculaire et fibreuse du plan qu'on a sous les yeux amène à la conclusion désirée et conduit à la perforation du releveur qu'on est sûr maintenant d'avoir sous les yeux.

Cette incision devra se faire plutôt par déchirure, à

l'aide de la sonde cannelée que par section au bistouri. Les considérations anatomiques développées au chapitre II. les données des anciens auteurs dirigent le sens et la place de cette ouverture. Elle sera faite dans la concavité sacrée, tout contre l'os, et sera orientée transversalement, la vessie sera ainsi sûrement respectée.

Cette incision ou déchirure amène alors, faite avec soin, dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. Après une nouvelle exploration, on ouvre la séreuse et, par la boutonnière faite ainsi transversalement, parallèle à celle du releveur, le doigt est introduit profondément dans la cavité de Douglas. Il recherche l'ampoule et la trouve plus ou moins élevée au-dessus de la peau. Il se pourrait qu'on ne trouve rien et alors, bien entendu, le cas devient désespéré. Il n'y a plus que deux ressources, au lieu de recourir à la cœcostomie par voie abdominale après constatation de la présence du cæcum par le doigt introduit dans la plaie pelvienne, ou bien attirer une anse grêle au périnée et l'y ouvrir. C'est là une méthode nouvelle dont nous ignorons encore la valeur.

Nous supposons, le cas plus fréquent que le doigt a trouvé l'ampoule dans l'excavation. Il faut alors l'amener à la peau, ce qui constitue le 3^e temps. Il faut alors saisir le cul-de-sac intestinal, le libérer attentivement de ses attaches pelviennes sans user de l'instrument tranchant qui, au niveau du méso-rectum, surtout, sectionnerait des vaisseaux. C'est là un point difficile et délicat; toutefois, il semble résulter des observations précédentes que cette manœuvre, souvent pénible, est toujours possible. L'intestin est ainsi amené en partie en dehors du péritoine, il faut l'y fixer et nous arrivons au temps des sutures.

C'est là le point essentiel quand on a été obligé de pénétrer dans la cavité péritonéale. En effet, ce qui rend l'opération si redoutable, ce n'est pas la section même du péritoine, car il est bien évident que l'opérateur s'entoure pour cela de toutes les précautions antiseptiques, instruments bien désinfectés, lavages fréquents et on ne doit pas considérer une infection due à l'opération comme possible. Ce qui faisait tant redouter aux opérateurs de pénétrer dans le péritoine, ce sont les conditions d'infection secondaires, ou post-opératoires, c'est-à-dire la pénétration dans la cavité péritonéale de substances septiques, et principalement du méconium. Mais si l'on ferme hermétiquement en quelque sorte cette cavité pendant l'opération, on n'aura plus à redouter ces accidents. C'est pour cela que ce premier plan, ou plan profond de suture, a une importance capitale, car il est destiné précisément à amener l'occlusion de la cavité péritonéale. Elle a aussi l'avantage d'isoler la séreuse du cul-de-sac rectal, et dès lors, on pourra se comporter vis-à-vis de lui comme s'il s'était trouvé naturellement en dehors du péritoine, c'est là ce qui rend sans danger la pénétration si redoutée dans l'ouverture de la cavité de Douglas. On agit ici, par occlusion comme on le fait dans une opération de prolapsus rectal quand la lésion a forcé le chirurgien à ouvrir la séreuse.

Ces points de suture destinés à fixer l'intestin à la boutonnière doivent être faits avec beaucoup de soin : ils seront disposés sous forme de collerette tout autour du rectum, et placés à peu de distance les uns des autres, de façon à produire une occlusion aussi complète que possible. Pour les faire on se servira de préférence de fils de soie.

Ceci fait, nous avons dit qu'on pouvait se comporter vis-à-vis du rectum comme s'il s'était trouvé naturellement placé en dehors du péritoine, et sans avoir besoin d'en tenir compte. Alors commence le cinquième temps de l'opération, l'ouverture de l'ampoule, et la fixation de la muqueuse intestinale aux bords de la plaie cutanée.

Pour cela on pourra utiliser les données fournies par les méthodes de proctoplastie, et suivre les procédés d'Amussat ou de Vincent. Nous avons vu que jusqu'à présent on n'a pas ouvert le rectum, il n'y a pas eu par conséquent de contact entre le méconium et la plaie périnéale. Il vaut mieux, croyons-nous, continuer à procéder ainsi, c'est-à-dire comme le veut M. Vincent, faire la suture à la peau avant de livrer passage aux matières.

Nous ferons donc au niveau de l'anus nouveau un premier plan de suture fixant la muqueuse rectale aux parois cruentées de la plaie périnéale, ce plan de suture sera aussi disposé sous forme de couronne : on pourra alors aussi enlever une petite rondelle de peau tout autour, et, sur cette nouvelle surface avivée, on fixera les lèvres de l'ampoule, une fois qu'on l'aura ouverte, aux lèvres cutanées, cette fois. Ces deux plans de suture ont l'avantage de maintenir bien solidement la muqueuse intestinale et d'éviter les déchirures qui se produisent quelquefois par suite des tiraillements que subit l'intestin et qui tendent à le faire remonter. La plaie formée est ainsi tapissée par la muqueuse intestinale et n'a, par conséquent, aucune tendance à voir se ressouder les bords par une cicatrisation. On peut, à la rigueur, se contenter d'un seul plan de suture à la plaie cutanée. Quoi qu'il en soit, un anus ainsi formé se comporte très bien et possède toutes les

qualités désirables de durée et de bon fonctionnement. Dans un grand nombre des observations citées par les auteurs, on voit que les malades gardent bien leurs matières et peuvent les expulser à volonté : ce procédé opératoire présente donc, outre ses avantages anatomiques, de grandes qualités fonctionnelles.

La grande difficulté, celle qui avait jusqu'à présent tenu les chirurgiens en éveil était l'ouverture du péritoine : nous croyons avoir montré suffisamment la façon de vaincre cet obstacle en supprimant la possibilité, pour les matières septiques, de pénétrer dans la cavité par une suture minutieuse de la boutonnière péritonéale au péritoine qui entoure le rectum à ce niveau, suture amenant l'occlusion aussi parfaite que possible de la cavité de Douglas.

On pourrait même, si l'on ne pouvait arriver à trouver, sans d'assez grands délabrements, l'ampoule rectale, faire une laparotomie préliminaire, comme le conseillait Delagenière, pour faciliter la recherche de l'extrémité rectale, mais nous ne croyons pas que cette intervention doive être faite d'emblée et, de plus, elle demande un état général excellent du petit malade, ce qui, malheureusement se rencontre trop peu souvent.

En résumé les cinq temps de l'opération préconisée par M. le professeur Fochier sont :

1° Ouvrir la peau en incisant le périnée et reséquer le coccyx et le sacrum si c'est nécessaire ;

2° Incision transversale du plan fibro-musculaire et du péritoine ;

3° Amener l'ampoule rectale jusqu'à la peau à travers la boutonnière fibreuse périnéale ;

4° Suture de la boutonnière péritonéale ou péritoine périrectal afin d'isoler la séreuse ;

5° Ouvrir le rectum et en suturer les lèvres aux bords de la plaie entanée.

En somme, le procédé opératoire que nous proposons ne convient pas évidemment à tous les cas. Pourquoi entre-t-on dans le péritoine alors que l'ampoule affleure presque la peau ? Mais nous voulons soutenir qu'il vaut mieux entrer délibérément dans la séreuse plutôt que de s'attarder à rechercher vainement dans le périnée une ampoule rectale qui ne s'y trouve peut-être pas. Nous sommes d'ailleurs parfaitement d'accord avec les tendances de la chirurgie gynécologique actuelle qui tend de plus en plus à agir en passant par le vagin, dans le péritoine pelvien. L'innocuité relative des interventions dans ce péritoine, sa résistance, bien connue, à l'infection et son énergique défense contre elle, la facilité et l'efficacité du drainage ; tout invite à profiter de ces avantages et à tracer une ligne de conduite qui mène sûrement au but sans aggravation considérable du danger. L'incision du péritoine dans cette région a en outre l'avantage de porter au point même où l'on trouve ordinairement l'ampoule rectale et en tout cas dans la zone la plus voisine d'elle si l'ectopie rectale est pelvienne. La recherche intra-péritonéale du rectum peut donc et doit être faite.

Ainsi donc, lorsque l'incision simple des parties molles n'a donné aucun résultat, lorsque la résection partielle sacro-coccygienne n'a pas mis au jour l'ampoule rectale, nous conseillons d'inciser franchement tous les plans musculo-fibreux qui voilent le péritoine, d'ouvrir celui-ci suivant la même ligne, c'est-à-dire transversalement et

de rechercher directement l'intestin dans le péritoine même. Abréger la durée de l'intervention, être sûr qu'on pourra la terminer en créant un anus périnéal, soit au niveau du rectum s'il est accessible, soit d'un autre point de l'intestin, tels sont les avantages de la ligne de conduite que nous proposons.

CONCLUSIONS

I. La voie périnéale doit toujours être suivie dans le traitement des imperforations anales. L'état alarmant du malade quand il commande une intervention très rapide est la seule contrindication à cette loi.

II. Il est des cas où le cul-de-sac rectal, quoique situé à un niveau peu élevé, est séparé des plans superficiels par un plan fibro-musculaire (releveur de l'anus et aponévrose pelvienne) qui empêche sa découverte.

III. Le cul-de-sac péritonéal peut être ouvert de propos délibéré toutes les fois que son incision doit permettre ou faciliter la recherche ou l'abaissement de l'ampoule intestinale.

IV. Il importe dans ces cas de suturer très exactement aux parois rectales les lèvres de la boutonnière faite au péritoine pour assurer l'occlusion de la séreuse.

Vu, bon à imprimer :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

FOCHIER

Vu, bon à imprimer :

LE DOYEN,
LORTET.

Vu, bon et permis d'imprimer :

LE RECTEUR,
G. COMPAYRÉ.

